

## THERAPIE DER IMMUNTHROMBOZYTOPENIE

# Gutes Ansprechen auf Romiplostim

Für Patienten, die auf Kortikosteroide nicht ausreichend ansprechen, kann Romiplostim eine Option sein: als Überbrückung für die Zeit, die bis zu einer Splenektomie abgewartet werden sollte, oder als Alternative, wenn diese kontraindiziert ist.

**B**ei Patienten mit Immunthrombozytopenie (ITP) ist die Plättchenzahl durch vermehrten Abbau und verminderte Neubildung von Thrombozyten deutlich verringert: Sie liegt im peripheren Blut – definitionsgemäß für eine ITP – unter 100 000 pro Mikroliter. Petechien, große Hämatome (> 10 cm), transfusionspflichtige Hämorrhagien und Blutungen im Zentralnervensystem inklusive Retina mit Visusverlust sind mögliche Manifestationen.

Auch bei einer mehr als zwölf Monate nach Diagnose bestehenden Erkrankung (chronische ITP) sei der Verlauf variabel und nur bedingt prognostizierbar, sagte Prof. Dr. med. Martin Griesshammer, Chefarzt der Abteilung Hämatologie/Onkologie am Johannes-Wesling-Klinikum in Minden, bei einer Pressekonferenz von Amgen. Statistisch komme es bei jedem zehnten Patienten noch zur Spontanremission, bei drei von vier Betroffenen verlaufe die Erkrankung vergleichsweise benigne mit normaler Lebenserwartung. Die Mortalitätsrate sei jedoch um mehr als das Vierfache erhöht, wenn die Thrombozytenzahl anhaltend niedrig ist.

## Ofť Rückfälle unter Steroiden

Bei einem Thrombozytenwert von < 30 000/Mikroliter und keiner oder leichter Blutungsneigung kann eine Therapie angeboten werden, muss aber nicht. Blutungen vom WHO-Grad III/IV seien immer eine Therapieindikation. Steroide und Immunglobuline sind nach den Worten von Griesshammer Therapien der ersten Wahl, die Rückfallraten aber hoch. „Häufig werden Kortikosteroide zu lang angewandt“, sagte Griesshammer. „Die Therapie sollte auf zwei bis drei Monate beschränkt werden, vor al-

lem, wenn klar ist, dass durch die Kortikosteroide kein dauerhaftes Ansprechen der ITP erreicht wird.“

Zweitlinienbehandlung ist für erwachsene Patienten die Splenektomie. Bis zu zwei Drittel kommen dadurch anhaltend (> 5 Jahre) in Remission (1). Allerdings wird die Operation frühestens ein Jahr nach Diagnosestellung der ITP empfohlen, um eine Remission ohne Splenektomie sicher auszuschließen. Peri- und postoperative Risiken der Milzentfernung sind Blutungen, Thrombosen und Infektionen.

Zum Teil kommt der Eingriff wegen Komorbidität wie kardiovaskulären Erkrankungen nicht infrage oder wird vom Patienten abgelehnt. Besteht keine Kontraindikation, muss die Zeit bis zur Operation überbrückt werden. Mit der Frage, wie verfahren werden soll, sind in jüngster Vergangenheit Studien mit dem Thrombopoetin-Rezeptoragonisten Romiplostim ausgewertet worden (2). Das Thrombomimetikum aktiviert den transmembranen Thrombopoetinrezeptor.

Den Studiendaten zufolge lässt sich bei nichtsplenektomierten Patienten mit Romiplostim (Dosis bei den meisten Patienten 3–4 µg/kg KG einmal pro Woche) ein Thrombozytenansprechen von etwa 90 Prozent über 52 Wochen erzielen. Auch in Subgruppen von neu diagnostizierter ITP (< 3 Monate seit Diagnose) oder persistierender Erkrankung (drei bis zwölf Monate) lagen die Thrombozytenansprechraten bei 88 bis 90 Prozent (2, 3) mit jeweils deutlich reduzierten Raten gravierender Blutungen im Vergleich zum Behandlungsstandard oder der Situation vor Studienbeginn. In der 2010 im „New England Journal of Medicine“ publizierten

Studie (1), in der die Rate der Splenektomien zum primären Endpunkt gehörte, mussten im Vergleich zu 36 Prozent unter standard of care nur neun Prozent der Patienten unter Romiplostim splenektomiert werden.

## Romiplostim gut verträglich

Komme nach unzureichendem Ansprechen auf die Erstlinienbehandlung eine Milzentfernung für Patienten nicht infrage, könne Romiplostim eine Option sein, zumal Patienten in den Studien unter Romiplostim eine gute Lebensqualität hatten, erläuterte Griesshammer. Die Substanz sei im Allgemeinen gut verträglich, die unerwünschten Effekte meist moderat, am häufigsten Kopfschmerzen, Fatigue, Diarrhö, Epistaxis und Nasopharyngitis. Allerdings sei die Therapie im Allgemeinen nicht kurativ, unter Umständen also lebenslang erforderlich. Werde eine Splenektomie nicht ausgeschlossen, eigne sich Romiplostim für die Behandlung in der Zeit bis zur endgültigen Entscheidung, wobei die Möglichkeit einer Spontanremission durch allmähliches Verlängern der Injektionsabstände geprüft werden könne. Romiplostim ist als Zweitlinientherapie zur Behandlung des Plättchenmangels bei Erwachsenen mit chronischer ITP zugelassen, wenn andere Therapien wie Glukokortikoide oder Immunglobuline nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben oder wenn eine Entfernung der Milz kontraindiziert ist. ■

*Dr. rer. nat. Nicola Siegmund-Schultze*

Strategien in der Onkologie: selbstbestimmt bleiben, lebenswert leben. Veranstalter: Amgen, München, bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie in Stuttgart

 Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/lit0613](http://www.aerzteblatt.de/lit0613)

## LITERATURVERZEICHNIS HEFT 6/2013, ZU:

## THERAPIE DER IMMUNTHROMBOZYPENIE

# Gutes Ansprechen auf Romiplostim

Für Patienten, die auf Kortikosteroide nicht ausreichend ansprechen, kann Romiplostim eine Option sein: Als Überbrückung für die Zeit, die bis zu einer Splenektomie abgewartet werden sollte, oder als Alternative, wenn diese kontraindiziert ist.

## LITERATUR

1. Kuter DJ, Rummel M, et al.: Romiplostim or standard of care in patients with immune thrombocytopenia. *NEJM* 2010; 363: 1889–99.
2. Rodeghiero F, Pabinger I, Selleslag D, et al.: Romiplostim increases and maintains platelet counts in adults with newly diagnosed or persistent primary immune thrombocytopenia who have not undergone splenectomy. 17th EHA Annual Meeting of the European Society of Hematology and Oncology 2012.
3. Janssens A, Tarantino M, et al.: Final results from an international, multi-center, single—arm study evaluating the safety and efficacy of romiplostim in adults with primary immune cytopenia (ITP). 53rd ASH Annual Meeting of the American Society of Hematology 2011, San Diego. Abstract 3279.